Ueber sog. Fleisch-Blasen-Molen mit längerer Verhaltung im Uterus.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

Von

Martin Sternberg
prakt. Arzt, Berlin.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

Tag der Promotion: 29. Juli 1910.

Berlin 1910
Emil Ebering
Mittelstraße 39.

222

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Straßmann.**

Meiner geliebten Mutter.

Dem Andenken meines Vaters

und meiner Schwester.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535712_0047

Ueber sog. Fleisch-Blasen-Molen mit längerer Verhaltung im Uterus.

Das Auftreten der Blasenmole ist für den Geburtshelfer eine gefürchtete Komplikation der Schwangerschaft.

Für den Fötus bedeutet diese Vernichtung seines Nährbodens, des Plazentarstromas, in der Regel den Tod. Nur wenige Fälle in der Literatur sind veröffentlicht, wo bei teilweiser Erhaltung der Plazenta ein lebendes Kind geboren wurde. Für die Mutter gestaltet sich die Prognose natürlich auch nicht gut. Einerseits das frühzeitige und häufige Auftreten profuser Blutungen, die durch unumschränktes Wachstum der Zotten in die Uteruswand und deren Gefäße zustande kommt, andererseits die Notwendigkeit manueller und operativer Eingriffe trüben die Prognose für die Mutter erheblich. Nicht zuletzt wird ihr Leben auch durch die maligne Degeneration der Mole in ein Syncytium malignum, deren Auftreten in letzter Zeit klinisch gar nicht selten beobachtet ist, auch für die Zukunft stark gefährdet.

Bei dem frühen Absterben der Frucht, bei dem Auftreten erheblicher Blutungen ist es ganz natürlich, daß die

Mole in der Regel auch in frühen Schwangerschaftsmonaten zur Ausstoßung gelangt. Die beiden bekanntesten Statistiken über Blasenmole, die von Kehrer in Heidelberg[1], sowie die der amerikanischen Autoren Dorland und Gerson[2] kommen in diesem Punkte zu einem ungefähr gleichlautenden Resultat. Es heißt darüber:

> „Die Ausstoßung der Blasenmole erfolgt am häufigsten im vierten und fünften Monat (Kehrer. Nach Dorland und Gerson 63 % der Fälle, nach Hirtzmann im dritten bis sechsten Monat 22 mal von 35 Fällen). Unter den 50 gesamten Fällen von Kehrer wurden nur zwei, unter hundert Fällen von Dorland und Gerson wurden nur drei Molen zehn Monate getragen, noch seltener wurden sie übertragen (Boivin und de Paul). In den Beobachtungen von Schröder, More Madden blieb die Blase nach dem Tode des Fötus mehr als zehn Monate zurück. Die Ausstoßung kann auf einmal oder stückweise erfolgen.“

Noch seltener sind diejenigen Fälle, welche unter den Erscheinungen des „missed labour bezw. abortion“ über

die normale Schwangerschaftsdauer hinaus getragen, später teils spontan ausgestoßen, teils durch operative Eingriffe entfernt wurden. Die deutsche Literatur weist bis jetzt nur einen einzigen Fall von Poten[3] aus dem Jahre 1901, die ausländische Literatur vier Fälle aus jüngster Zeit auf.

Bei dieser geringen Zahl des Materials scheint es berechtigt, einen Fall zu publizieren, der in der Klinik von Herrn Prof. Straßmann beobachtet und mir zur Veröffentlichung gütigst überlassen wurde.

Es handelt sich um eine 35jährige Frau, die am 19. Oktober 1909 die Klinik aufsuchte mit den Klagen über Amenorrhöe, Kältegefühl und Schüttelfrost.

Letzte Periode 22. bis 29. Dezember 1908, war also schon 10 volle Monate ausgeblieben, ohne daß die Schwangerschaftserscheinungen entsprechend der langen, ja zu langen Dauer der Amenorrhöe zunahmen, was der Pat. selbst auffiel.

Der Leib soll angeblich vor einiger Zeit stärker gewesen sein, sei in letzter Zeit jedoch wieder schlanker geworden.

Fünf normale Entbindungen.

Keine Aborte.

Die Wochenbetten sind sämtlich normal verlaufen.

Blutungen sind seit dem Ausbleiben der letzten Periode nicht wieder aufgetreten.

Status praesens.

35jährige Lackierersfrau, in gutem Ernährungszustande, von ziemlich blassem Aussehen.

Herz: Töne rein, Grenzen normal, Puls o. B.

Lungen ergeben normalen Befund.

Abdomen: weich, nicht druckempfindlich, zwischen Nabel und Symphyse ist ein Tumor fühlbar.

An den Unterschenkeln leichte Oedeme. Starke Varicenbildung an beiden Oberschenkeln und den äußeren Genitalien.

Haut über den Beinen fast elefantiastisch verdickt.

Genitalbefund: Varicen der Vulva, Scheide weit.

Portio: zylindrisch, 1 cm lang.

Aeußerer Muttermund geschlossen.

Uterus: Vergrößert, dem vierten Monate der Schwangerschaft entsprechend, anteflektiert, beweglich, weich.

Fundus: 3 Finger unterhalb des Nabels.

Bei der Palpation des Uterus treten starke Kontrak-

tionen auf, wobei der Uterus erheblich kleiner und härter wird.

Adnexe und Parametrien frei.

Die Untersuchung in Narkose bestätigt den Befund. Durch die Uteruswand fühlt man harte Massen.

Da die Patientin einen glaubwürdigen Eindruck macht, wird „missed-abortion" als Diagnose angenommen.

Deshalb wird nach achttägiger klinischer Beobachtung am 21. 11. 1909 die Cervix und der Corpus uteri nach vorheriger Dilatation mittelst Hegar mit Jodoformglyzeringaze tamponiert.

24. 11. Nach leichten Wehen in den vergangenen Tagen wird unter mäßiger Blutung eine Eimasse ausgestoßen, welche unten näher beschrieben wird. Uterus wird klein und hart.

2. 12. Blutungen sistieren.

Achttägige ungestörte Bettruhe, Patientin verläßt geheilt die Klinik. Uterus nur mäßig vergrößert, anteflektiert, hart.

Die ausgestoßene Eimasse stellte sich folgendermaßen dar:

Makroskopisch: Die Eimole bildet eine $1^1/_2$ Faust große, birnförmige Masse, deren Konfiguration ungefähr der

Form eines vergrößerten Uteruscavums entspricht. Länge 14 cm, Breite 9,6 cm, Dicke 4,3 cm, Gewicht 550 g. Das untere Ende läuft in Form eines spitzen Kegels aus.

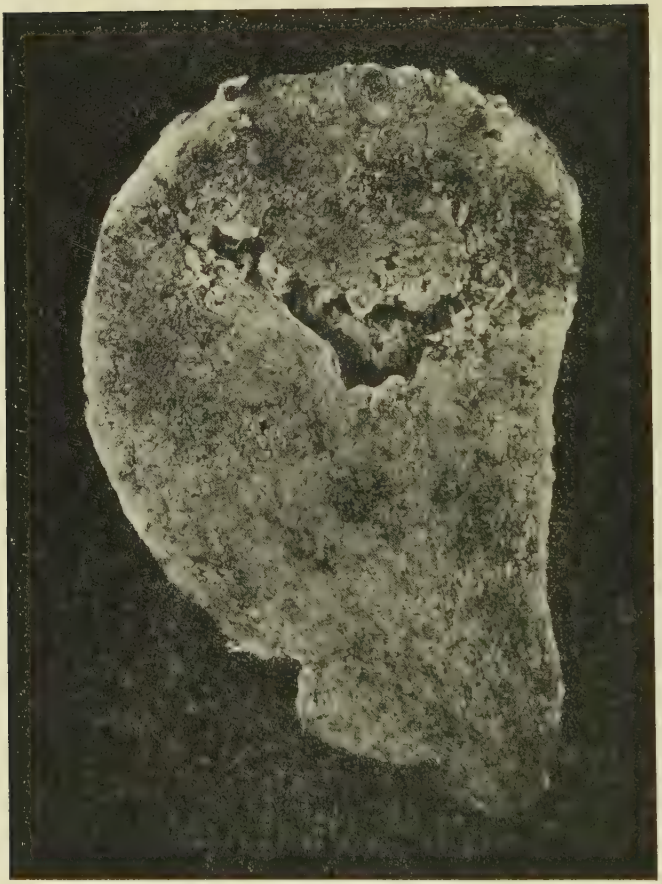
Die Außenfläche ist ziemlich glatt und abgerundet und zeigt nur vereinzelte Rauhigkeiten und Einkerbungen. Auf dem Durchschnitt erweist sich das Ei als aus einer ziemlich homogenen, derben, weißlichen Masse bestehend, in welche hirse- bis linsengroße, wässrige Bläschen eingelagert sind.

Das obere Drittel enthält eine mit Eihaut ausgekleidete, hühnereigroße Höhle, in der Reste des Fötus mit bloßem Auge nicht erkennbar sind.

Während die Hauptmasse des Eis aus einem sehr dichten, derbsoliden Gewebe besteht, zeigt die Umgebung der Eihöhle mehr schwammigen Charakter und läßt noch deutlich Plazentarbeschaffenheit erkennen. An einzelnen Stellen sieht man hydropisch gequollene Chorionzotten.

Auch in der übrigen Molenmasse lassen sich verstreut im Gewebe, das ausgesprochen brüchig ist, dicht aneinander liegende kleine Hydatiden erkennen. Die Peripherie der Mole zeigt einen weißen, zwei bis vier Millimeter dicken

Längsschnitt von innen.



$^{2}|_{3}$ der normalen Größe.

Längsschnitt von außen.

$^2/_3$ der normalen Größe.

homogenen Saum, der sich kontinuierlich in die Molenmasse fortsetzt und anscheinend Decidua darstellt.

Es werden verschiedene Stücke, teils der Peripherie, teils dem Zentrum angehörig, in Formol fixiert und in Celloidin und Paraffin eingebettet. Färbung mittelst Hämatoxylin-Eosin und Eisenhämatoxylin van Gieson.

Miskroskopischer Befund: Das Gewebe besteht fast ausschließlich in stark vergrößerten Chorionzotten, zwischen die teils homogene, teils fasrige Massen gelagert sind.

Der bindegewebige Körper der Zotten enthält nur spärlich Kerne. In vielen Zotten sieht man nur schollige Massen mit einzelnen Kernschatten. Das Chorionepithel ist zum Teil noch gut erhalten, namentlich das Syncytium. Die Langhanssche Schicht ist nur an wenigen Stellen als solche zu erkennen.

An vielen Zotten ist das Syncytium verdickt. Einige Partien nehmen Kernfärbung nicht mehr an. Deutliche Sprossung bezw. syncytiale Riesenzellen finden sich nicht.

Die netzförmig zwischen den Zotten sich ausbreitende, homogene Masse färbt sich mit Eosin hellrot, mit van Gieson teils braun, teils leuchtend rot. Zwischen den Fasern sind

Rundzellen und Reste von roten Blutzellen zu erkennen. Die Blutmassen dringen an vielen Stellen in den gewucherten syncytialen Mantel der Hydatiden ein, ihn absprengend und teilend. Neu gebildete Gefäße finden sich darin nicht. Eine deutliche Proliferation des Chorionepithels, wie man sie bei der Blasenmole im allgemeinen sieht, läßt sich in diesem Falle nur an wenigen Stellen feststellen.

In der Peripherie der Mole findet sich Decidua, die jedoch von Rundzellen stark infiltriert ist.

Der Inhalt der Zotten erscheint hyalin-colloid.

In dem Körper sieht man, namentlich im Zentrum, schollige Massen, die sich mit Hämatoxylin-Eosin mattblau färben und nur noch Kernschatten enthalten, die die Farbstoffe nur schwach annehmen.

Das Epithel der Hydatiden fehlt an manchen Stellen, ist an anderen gut erhalten. Es stellt in den meisten Zotten einen einfachen syncytialen Belag dar, der als schmaler Saum der Peripherie der Hydatiden fest anliegt. An anderen, nicht zu zahlreichen Stellen, sieht man deutlich erhebliche Verbreiterung des Syncytialmantels. Die Langhanssche Zellschicht ist nicht zu erkennen.

Daß es sich um eine zweifellos gutartige Form der

Blasenmole handelt, ohne tieferes Einwachsen der Zotten in die Uteruswand, geht sowohl aus dem mikroskopischen wie makroskopischen Befunde hervor: die Eiperipherie ist vollständig glatt und wurde auf einmal in toto ausgestoßen.

Resümee: Man darf wohl annehmen, daß es sich in diesem vorliegenden Falle um eine sehr umfangreiche Mole handelt, die weit über die Zeit ihres Wachstums hinaus getragen worden und durch Blutungen zwischen die Zotten, durch Kompression von seiten des Uterus, durch Schrumpfung infolge von Resorption der Flüssigkeit sich zu einer kompakten Fleischmole verdichtet hat.

Eine gewisse Abweichung der gewöhnlichen Form der Blasenmole zeigt die hier vorliegende Mole insofern, als ihr Aussehen nicht dem einer gewöhnlichen Traubenmole entspricht, indem das sonst lockere und im Wasser flottierende Gewebe zu einer festen Masse zusammengebacken ist. Mit der Lupe jedoch, und an einzelnen Stellen mit bloßem Auge, kann man Bläschen und ihre traubenförmige Anordnung erkennen und es scheint sich hier, entsprechend der Größe der Hydatiden, um eine kleinbasische Form der Myxoma chorii (Virchow) zu handeln.

Im mikroskopischen Bilde abweichend ist der Befund,

daß nur an wenigen Stellen eine deutliche Wucherung des Syncytiums zu erkennen ist. Diese fehlende Proliferation des Chorion-Epithels könnte jedoch sekundär durch regressive Metamorphose zu erklären sein. Die Mortifikation ist durch die lange Retention nach der Ablösung und durch Blutung in das Gewebe anscheinend zustande gekommen.

Klinische Besonderheiten bietet der Fall erstens in dem Fehlen von Hämorrhagien. Blutungen sind zwar in das Uteruscavum, wie mikroskopisch nachgewiesen, erfolgt, haben jedoch nur zur Ablösung der Mole und nicht zu Blutungen nach außen geführt. Doch sind die Fälle in der Literatur gar nicht so selten, in denen bei bestehender Blasenmole Blutungen nicht erfolgt sind. Das Handbuch von Winckel[1] teilt Fälle von Großmann, Clément, Godson, Runge, Tartarin mit. Bei Kehrer fehlten in 18 % der Fälle Blutungen. Abweichend ist ferner die Tatsache, daß die Traubenmole ungewöhnlich lange getragen wurde, und man ist berechtigt anzunehmen, daß sie ohne artificiellen Eingriff noch länger getragen worden wäre.

Was die klinische Diagnose anbelangt, so mußte man auf Grund der Anamnese, namentlich mit Rücksicht auf die

Tatsache, daß ärztlicherseits seit mehreren Monaten ein Stillstand im Wachstum des Uterus festgestellt wurde, einen Fall von „missed-abortion" annehmen. Die auffallende Kontraktilität des Uterus hätte ev. für die Diagnose einer Blasenmole verwertet werden können, während das Fehlen der Blutungen einigermaßen dagegen sprach.

Im folgenden nun möchte ich die Beschreibung des einzigen Falles folgen lassen, den die deutsche Literatur aufweist, und der sich fast gänzlich in Verlauf und Darstellung mit unseren Angaben deckt.

Dieser Fall wurde von Poten in der Monatsschrift für die Geburtshilfe und Gynäkologie im Jahre 1901 veröffentlicht. Er berichtet über mehrere Fälle von Blasenmole u. a. bei einer Frau von 36 Jahren, die im März 1899 zuletzt menstruierte. „Sie hatte anfangs Kindsbewegungen zu spüren vermeint und glaubte sich am Ende einer normalen Schwangerschaft, als sie am 8. Dezember in die Anstalt eintrat, nachdem sie seit dem Tage vorher leichte Wehen bemerkt und sich in letzter Nacht ein geringer Blutabgang eingestellt hatte. Die Untersuchung ließ einen nur wenig vergrößerten, kaum über den Beckeneingang hervorragenden Uterus von ziemlich derber Beschaffenheit erkennen. Am

folgenden Tage ging ein enteneigroßes Gebilde ab, welches nach Aussehen und Konsistenz zu urteilen, ein lange zurückgehaltenes, abgestorbenes und geschrumpftes Ei war.

Auf dem Durchschnitt erwies sich nun, daß das Ganze eine fast solide Masse darstellte, welche aus stecknadelkopf- bis erbsengroßen Blasen zusammengesetzt war, die in den größeren Exemplaren eine opake, grauweiße Wand besaßen und vielfach noch gut erkennbar waren, zumeist aber zu einer dichten, scheinbar nekrotischen Masse zusammen gesintert erschienen und vielfach von kalkigen Massen durchsetzt waren.

Mikroskopisch zeigte sich das typische Bild einer Blasenmole mit der Ausdehnung des Zottenstromas und der bekannten Wucherung des Epithelbezuges. Sowohl die Bindegewebszellen, wie auch das Epithel der blasigen Zotten waren zum Teil noch gut färbbar, zum Teil war aber nur wenig Farbe angenommen und überall dort, wo eine Kalkablagerung stattgefunden hatte, war ein völlig nekrotisches Gewebe vorhanden, das durch seine Form allerdings noch deutlich die Blasen und Epithelialwucherungen erkennen ließ, aber keinerlei Kernfärbung besaß. Wir haben es hier also zweifellos mit einer monatelang in utero retinierten

Blasenmole zu tun, deren Wachstum jedenfalls schon lange zum Stillstand gekommen war und welche, wenn auch noch nicht ganz abgestorben, jedenfalls auf dem Wege zur totalen Nekrose war. Ich weiß nicht, ob eine ähnliche Beobachtung schon von anderer Seite gemacht worden ist, jedenfalls ist dies eine seltene Ausnahme, daß eine Blasenmole, die trotz Mangels eigener Zirkulation ihre innewohnende Neigung zu schrankenlosem Weiterwuchern aufgibt und als harmloser Fremdkörper in der Uterushöhle symptomlos liegen bleibt."

Während sich die Deutsche Literatur bisher auf diesen Fall von Poten beschränkte, sind in den letzten Jahren in der ausländischen Literatur nur noch vier Fälle zur Beschreibung gelangt, die unter das eben genannte Kapitel fallen.

Besonderes Interesse beansprucht noch die von Sheil[5] in der Edinburger Gesellschaft f. Geburtshilfe und Gynäkologie demonstrierte Mole, weil es sich hier um eine Zwillingsgeburt handelt, wobei der eine Fötus fast normal entwickelt war, während der andere zu einer Blasenmole degeneriert war und anscheinend nach der Geburt des Zwillings ausgestoßen wurde.

Die französische Literatur weist einen Fall von

Fergusson[6] auf: Mole vésiculaire ayant séjourné 11 mois dans l'utérus.

Die beiden jüngsten, im Jahre 1908, gemachten Beobachtungen dieser Abnormität wurden von italienischen Forschern publiziert: „di un caso di mola carnota-vesiculare ematomatosa espulta dopo 10 mesi di gravidenza" von Colorni[7] in Bologna, und ein ganz ähnlicher Fall, der von Gaifani[8] in den Mailänder Annalen für Geburtshilfe und Gynäkologie veröffentlicht wurde: „A proposito di un caso di mola vesiculare ed ematomatosa espulta dopo 17 mesi di amenorrhea."

Es handelt sich auch hier also wieder um eine Blasenmole, die über die normale Schwangerschaftsdauer hinaus getragen, in eine Fleisch-Blasenmole verwandelt und ausgestoßen wurde.

Das in der Straßmannschen Klinik gewonnene und der dortigen Sammlung einverleibte Präparat war weder von Herrn Prof. Dr. Straßmann selbst, noch von den Anwesenden der Berliner gynäkologischen Gesellschaft, wo es im Mai 1910 von Dr. Hallauer demonstriert wurde, je in dieser Form beobachtet worden. Da auch die Lehrbücher eine Be-

schreibung dieser Abnormität vermissen lassen, erscheint es immerhin berechtigt, die Aufmerksamkeit auf diese seltene Modifikation der Blasenmole zu lenken.

Zum Schluß sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Straßmann für freundliche Ueberlassung des Falles und Herrn Dr. Hallauer für seine bereitwillige Unterstützung meinen besten Dank abzustatten.

Literaturverzeichnis.

1. Kehrer, Ueber Traubenmole, Arch. f. Gyn. Bd. 45 S. 504.

2. Dorland und Gerson, Cystic disease of the chorion. Amer.

3. Poten, Beitr. z. Diagnose der Blasenmolenschwangerschaft (Monatsschr. f. Geburtshilfe und Gyn. Bd. 14 Heft 3).

4. v. Winckel, Handb. d. Geburtshilfe, Bd. 2, 2. Teil.

5. Sheil, Journ. of obstetr. and gyn. of the Brit. Imp. Vol. 13 Nr. 3.

6. Fergusson, Soc. Gyn. et obstetr. d'Edinbourg.

7. Colorni, Ancina, Bologna Nr. 4, 5, 6, 1908.

8. Gaifani, Annali di obstetr. e. ginec. Milano. Vol. 3. 1908.

Lebenslauf.

Ich, Martin Sternberg, wurde am 10. Dezember 1884 als Sohn des verstorbenen Bankiers Sigismund Sternberg und seiner Ehefrau Louise, geb. Cohn, zu Berlin geboren und bin mosaischer Konfession.

Ich besuchte das hiesige Friedrichs-Werdersche Gymnasium, wo ich Ostern 1903 mit dem Zeugnis der Reife entlassen wurde.

Nach wenigen Monaten kaufmännischer Tätigkeit widmete ich mich dem Studium der Medizin an der hiesigen Friedrich Wilhelms-Universität. Nach bestandenem Physicum suchte ich im SS. 1906 in Freiburg i. Br. meiner Dienstpflicht zu genügen. Die klinischen Semester verbrachte ich wieder an der hiesigen Universität, wo ich im Februar 1909 das Staatsexamen bestand. Mein praktisches Jahr leistete ich in den ersten 8 Monaten an beiden Abteilungen des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Schöneberg-Berlin, in den letzten 4 Monaten an dem hiesigen Poliklin. Institut von Geheimrat Senator ab. Am 1. März 1910 erhielt ich die Approbation als Arzt.